

44

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 décembre 1892, à 1 heure

Par EUGÈNE FAUCILLON

Né à Chinon (Indre-et-Loire), le 27 juin 1866.

DES

KYSTES SÉREUX
DU PANCRÉAS

Président : M. CORNIL, professeur

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
 { CHANTEMESSE, ROGER, agrégés.*

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, RUE RACINE, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 22 décembre 1892, à 1 heure

Par EUGÈNE FAUCILLON

Né à Chinon (Indre-et-Loire), le 27 juin 1866.

DES

KYSTES SÉREUX

DU PANCRÉAS

Président : M. CORNIL, professeur

*Juges : MM. { BOUCHARD, professeur.
 { CHANTEMESSE, ROGER, agrégés.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

HENRI JOUVE

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, rue Racine, 15

1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie.	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	DIEULAFOY
Pathologie chirurgicale.	DEBOVE
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.	N.
Thérapeutique et matière médicale.	N.
Hygiène.	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	G. SÉE.
Clinique médicale	POTAIN.
	JACCOUD.
	PETER.
	GRANCHER.
Maladie des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux	TILLAUX.
Clinique chirurgicale	LE FORT.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique	PANAS.
Cliniques d'accouchements	TARNIER.
	PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice

MM. ALBARAN	MM. DELBET	MM. MARIE	MM. RICARD
ANDRÉ	FAUCONNIER	MAYGRIER	ROGER
BALLET	GAUCHER	MÉNÉTRIÉR	SCHWARTZ
BAR	GILBERT	NELATON	SÉBILÉAU
BRISAUD	GLEY	NETTER	TUFFIER
BRUN	HEIM	POIRIER, chef	VARNIER
CHANTEMESSE	JALAGUIER	des travaux	VILLEJEAN
CHARRIN	LEJARS	anatomiques	WEISS
CHAUFFARD	LETULLE	QUENU	
DÉJÉRINE	MARFAN	RETTERER	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

Témoignage de reconnaissance et de profonde affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CORNIL

Sénateur

Membre de l'Académie de médecine

Médecin des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

DES

KYSTES SÉREUX

DU PANCRÉAS

INTRODUCTION

La pathologie du pancréas, ignorée d'abord, puis longtemps négligée, semble être entrée, de nos jours, dans une voie nouvelle et vraiment scientifique. On s'explique facilement les difficultés auxquelles ont dû se heurter de tous temps les médecins dans l'étude des maladies d'un organe dont l'action physiologique n'était qu'imparfaitement connue ; aussi doit-on savoir gré aux savants expérimentateurs qui ont déterminé d'une façon à peu près définitive le rôle du pancréas et ont ainsi permis aux cliniciens d'édifier sur des bases solides.

M. le Dr Lancereaux avait depuis longtemps indiqué les relations qui existent entre les lésions du pancréas et certaines formes de diabète maigre. MM. Mikowski et von Mehring, Lépine, Thiroloix, ont confirmé et expliqué

expérimentalement ces importantes remarques. En plus des trois fonctions principales du pancréas dans l'acte de la digestion (action sur les matières amylacées, sur les albuminoïdes et sur les matières grasses), leurs expériences ont déterminé une nouvelle fonction de cet organe en montrant son rôle régulateur dans la consommation du sucre.

Ces intéressants travaux sont venus donner comme un attrait nouveau à l'étude des affections du pancréas et ont déjà été le point de départ de plusieurs publications. Mais il faut bien avouer que ces maladies sont rares et que plusieurs d'entre elles, lorsqu'elles existent, peuvent passer inaperçues.

Cette vérité s'applique surtout aux kystes pancréatiques et plus particulièrement aux kystes séreux de petit volume, qui sont susceptibles de rester ignorés pendant la durée de la vie et de n'être découverts par le médecin qu'à l'autopsie d'individus ayant succombé à une autre affection.

Nous avons eu la bonne fortune d'observer un cas de ce genre à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Lancereaux. Notre vénéré maître voulut bien attirer notre attention sur cette intéressante autopsie et c'est encouragé par lui que nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Notre tâche présente assurément de grandes difficultés, et d'autres, plus expérimentées que nous, seraient susceptibles d'exposer une question aussi délicate avec beaucoup plus d'autorité qu'il ne nous est permis de le faire. Nous réclamerons donc à l'avance toute l'indul-

gence de ceux qui nous feront l'honneur de lire ce modeste travail.

Mais, avant d'aller plus loin, qu'il nous soit permis d'exprimer notre profonde reconnaissance à tous les maîtres qui nous ont guidé dans le cours de nos études médicales.

Nous remercions vivement M. le professeur Cornil du grand honneur qu'il nous a fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

Que nos maîtres dans les hôpitaux, MM. les professeurs Tillaux, Le Fort, Pinard, ainsi que MM. les D^{rs} Lancereaux et A. Robin, reçoivent ici l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Nous ne saurions oublier non plus M. le D^r Roux, de l'Institut Pasteur, M. le D^r Dehenne, professeur libre de clinique ophthalmologique et M. le D^r Louis Guinon, qui n'ont cessé de nous prodiguer leurs bons conseils pendant notre séjour à l'Ecole.

Nous sommes heureux de nous rappeler un bon souvenir de MM. les D^{rs} Potherat et Regnauld, nos premiers maîtres d'anatomie, dont les leçons nous furent si profitables.

Nous remercions M. le D^r J. Thirolloix et M. du Pasquier, interne des hôpitaux, qui ont bien voulu nous aider de leurs conseils dans l'élaboration de ce travail.

Enfin, qu'il nous soit permis de témoigner notre reconnaissance à nos excellents amis, Emile Delaroche, Arthur Maluski, Maurice Pinault, Aug. Saulay, dont le gracieux concours nous a été si précieux pour la traduction des auteurs étrangers.

HISTORIQUE.

Dans un rapport qu'il faisait en 1865 à la Société d'Anatomie (1) sur une observation de kyste du pancréas présentée par M. Th. Anger (2), M. Le Dentu s'exprimait ainsi : « Les kystes du pancréas constituent une affection si rare que les bulletins de cette société, si riches en matériaux de toute sorte, n'en renferment que deux exemples : l'un d'eux appartient à M. Cruveilhier (3), qui l'a reproduit dans son *Anatomie pathologique*, l'autre à M. Cornil (4). Aussi, faut-il savoir gré à M. Anger, de n'avoir pas laissé échapper l'occasion de mettre sous vos yeux cette rareté pathologique. »

En effet, les médecins s'étaient jusque-là fort peu occupés de ce genre d'affection ; quelques observations avaient été publiées par de savants chercheurs, mais leurs travaux, restés épars, avaient besoin d'être réunis, coordonnés, synthétisés. C'est ce que fit M. Le Dentu dans son rapport ; aussi n'hésitons-nous pas à considérer ce tra-

1. *Bullet. soc. anat.*, 1865, p. 197.

2. *Bullet. soc. anat.*, 1865, p. 192.

3. *Bull. soc. anat.*, 1833, T. VIII, p. 31.

4. *Bullet. soc. anat.*, 1863, p. 584.

vail comme faisant époque dans l'histoire des kystes du pancréas et diviserons-nous notre chapitre historique en deux parties :

- 1° Travaux antérieurs à 1865 ;
- 2° Travaux publiés depuis 1865.

1° Travaux antérieurs à 1865

Les médecins de l'antiquité et du Moyen-âge ne nous disent rien des kystes du pancréas. Il faut arriver jusqu'à Morgagni pour trouver les premières mentions de ce genre d'affection.

Il s'exprime ainsi à propos de l'autopsie d'un jeune homme qui avait porté plusieurs kystes dans le tissu cellulaire sous-cutané du cou (1) : «... *Juxta splenem vero mesocoli sinistra pars in corpus intumescibat constans ex pluribus colligatis quasi ovis columbinis, eadem illa materia farctis : quibus et pancreas plenum erat...* »

Un peu plus tard, Chambon de Montaux cite le cas suivant, dans la relation de l'autopsie d'une femme de 70 ans, ayant succombé à une fièvre quarte (2) : « *Pancreas sanus ; inter ipsius glandulas multæ tamen hydatides exiguæ inventæ sunt...* » Il faut remarquer que le mot *hydatides* employé par Chambon de Montaux désigne d'une façon générale toutes poches contenant du liquide, c'est-à-dire des kystes ; Morgagni avait déjà employé cette expression pour désigner les kystes du testicule. Il

1. Morgagni. *De sedibus morborum*, Epistola 68, chap. 12.

2. Chambon de Montaux, *Observationes clinicæ*, obs. LV, p. 99, Paris, 1789.

est malheureusement difficile de savoir de quel genre de kystes pancréatiques ces deux auteurs ont voulu parler.

Nous trouvons ensuite dans l'*Essai d'anatomie pathologique générale* de Cruveilhier, publié en 1816, une observation de kyste pancréatique causé par une distension énorme du canal de Wirsung (Obs. III).

G. Bécourt, dans sa thèse soutenue à Strasbourg en 1830, et que l'on peut considérer comme le premier travail important sur cette question, rapporte une observation de Stœrck et donne la description d'une pièce intéressante possédée par le musée de Strasbourg (Obs. V).

En 1833, Cruveilhier fait une communication à la Société d'Anatomie sur un nouveau cas observé par lui (Obs. IV).

Mondière donne en 1836, dans les *Archives générales de Médecine*, ses *Recherches pour servir à l'histoire pathologique du pancréas*, et se contente de reproduire les observations de Bécourt : « Ces questions tout-à-fait sans solution aujourd'hui, dit-il, en recevront peut-être plus tard, alors que la science se sera enrichie de nouveaux faits. »

Engel (1), en 1840, nous donne la relation de trois faits intéressants. Il s'agit, dans les deux premiers cas, d'une dilatation du canal de Wirsung en arrière de l'obstacle qui réside dans une coudure de ce canal ; dans le troisième cas, de vésicules de la grosseur d'un pois, au nombre de huit, disséminées dans l'épaisseur de la glande.

1. *Med. Jahrbücher des österreichischen Staates* (XXIII, 418).

La question ne fit guère de progrès jusqu'en 1845, époque de la publication du *Compendium de médecine*. Voici en effet le passage de cet ouvrage concernant les kystes du pancréas : « On trouve dans le pancréas une poche de dimensions variables dont les parois sont fibreuses, résistantes, et qui contiennent du sang ou d'autres liquides. Dans le cas cité par Stœrck, le pancréas était tellement volumineux et pesant qu'il dépassait le poids de treize livres. »

En 1847, Fauconneau-Dufresne publie dans l'*Union Médicale* un *Essai de pancréatologie*. A propos des kystes, cet auteur rappelle seulement l'observation de Cruveilhier de 1833.

La même année, Gross fait paraître, dans l'*Anatomical museum of the Boston soc. for med. improv.*, une observation de tumeur kystique du pancréas que reproduisent les *Archives générales de Médecine* (Obs. IX).

Cruveilhier, dans son *Traité d'anatomie pathologique générale*, édité en 1856, cite seulement les deux cas qui lui sont personnels et dont nous faisons mention plus haut.

A la même époque, Fauconneau-Dufresne publie un *Précis des maladies du foie et du pancréas*, mais n'apporte aucun nouveau fait concernant l'histoire des kystes de cet organe.

En 1857, Joshua Parsons donne une nouvelle observation publiée dans le *British medical journal* et reproduite dans la *Gazette médicale* de la même année.

Le *Bulletin de la Société d'Anatomie* de 1863, rapporte une curieuse autopsie faite par M. Cornil (Obs. I).

En 1864, nous trouvons dans les *Archives de Virchow* deux nouveaux cas fort intéressants, compliqués de diabète sucré. Le premier de ces cas est résumé dans notre observation VIII.

La même année, paraît le livre d'Ancelet : *Etudes sur les maladies du pancréas*, dans lequel l'auteur a réuni neuf observations de kystes.

Enfin, en 1865, MM. Le Dentu et Th. Anger enrichissent la science des deux observations dont il a été question au commencement de ce chapitre. L'importance du travail publié alors par M. Le Dentu doit nous arrêter quelques instants (1). Nous ne pouvons songer à reproduire en entier cette intéressante monographie, renvoyant pour cela le lecteur à l'ouvrage précité ; qu'il nous suffise de résumer les conclusions formulées à cette époque par notre savant maître :

1° Affection rare ; appartient le plus souvent à l'âge mûr ou à la vieillesse ; causes le plus souvent inconnues.

2° C'est le corps même de la glande qui est le siège de prédilection de ces kystes. Volume variable, rarement très considérable.

3° Lorsque les kystes ne détruisent qu'une petite portion de la glande, et n'ont encore que de petites dimensions, ils peuvent rester longtemps sans exercer sur l'organisme une influence fâcheuse. Lorsqu'ils deviennent volumineux et envahissent toute la glande, on observe : selles graisseuses, anémie, gêne de l'estomac et du duodénum par compression, tumeur arrondie ou

1. Obs. XIV.

bosselée, rénitente, indolente, occupant les hypochondres ou l'épigastre.

4° Marche lente.

5° Diagnostic difficile, quelquefois impossible.

6° Pronostic pas très grave à cause de la lenteur de l'évolution.

7° Traitement nul.

2° Travaux publiés depuis 1865.

A partir de cette époque, la question semble avoir été étudiée sous deux formes principales : 1° au point de vue chirurgical ; 2° au point de vue physiologique et anatomo-pathologique.

Les travaux des chirurgiens sont nombreux. Ils portent surtout sur les cas de gros kystes, susceptibles d'être confondus avec les autres tumeurs de l'abdomen. Plusieurs mémoires nous donnent des comptes-rendus d'opérations, les unes pratiquées sans succès, les autres avec un succès complet.

Les travaux des physiologistes et des anatomo-pathologistes ne sont pas moins nombreux et sont surtout intéressants par les vues nouvelles qu'ils apportent sur la pathogénie et la constitution intime des kystes pancréatiques.

En tête de cette seconde partie de notre chapitre historique, nous devons citer d'abord le *Traité d'histologie pathologique* de MM. Cornil et Ranvier, dans lequel nous trouvons les premières notions vraiment scientifiques sur l'histologie des kystes du pancréas.

Il nous faut arriver ensuite jusqu'en 1878 pour trou-

ver la première observation importante. Elle appartient au Dr Janeway qui la présenta à la Société Anatomique de New-York, dans la séance du 13 mars (Obs. X).

En 1879, Walker présente un nouveau cas à la Société de Pathologie de New-York. La même année, Bonamy soutient devant la Faculté de Paris une thèse sur les *Tumeurs du Pancréas*, où nous trouvons six observations de kystes.

Le Dr Péan, en 1880, dans son *Traité des tumeurs de l'abdomen*, consacre un chapitre aux kystes du pancréas. A la même époque, Zeemann et Oser ont l'occasion de pratiquer l'autopsie d'une femme atteinte de kyste pancréatique pris à tort pour un kyste de l'ovaire (*Prager Zeitschrift für Heilkunde*, 1880).

Thiersch publie en 1881, dans le *Berliner Klinische Wochenschrift*, la première observation de kyste traité chirurgicalement.

Citons, en 1882, une observation de Kulenkampf et surtout l'intéressant travail de H.-J. Garrigues sur l'*anatomie et l'histologie des kystes du pancréas* (1), travail dans lequel l'auteur, après avoir montré la rareté de cette affection, met en relief les principaux caractères histologiques de ce genre de tumeurs.

En 1883 Gussenbauer présente au 12^e Congrès de la société allemande de Chirurgie une observation de kyste opéré avec succès.

L'année suivante, G.-A. Dixon rapporte un cas opéré sans succès (2).

1. *The Medical Record*, New-Y. 1882, XI, 286.

2. *The Med. Rec.* New-Y. 1884, XXV, 304.

En 1885, Baudach, dans sa thèse de Fribourg, donne la relation de l'autopsie d'un phthisique dans le pancréas duquel il trouva un kyste de la grosseur d'une orange, renfermant un liquide trouble séro-sanguinolent. Riedel rapporte au 14^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie le cas d'un kyste opéré sans succès. Senn (1) ajoute un fait de plus aux précédents. L'année suivante, ce même auteur fait paraître un ouvrage sur les maladies du pancréas.

Kootz, Salzer, Zukowski, Hann, Küster, Sutolic, publient, en 1886 et 1887, des comptes-rendus d'opérations et des observations, sur lesquels le lecteur trouvera des renseignements dans notre index bibliographique.

Künast et Hagenbach soutiennent, également en 1887, deux thèses intéressantes.

En 1888, nous devons mentionner les observations de Steele, de Wölfler, de Nichols (Obs VII), de Lardy et de Fenger, ainsi qu'un mémoire important de R. Segrè publié dans les *Annales de Médecine et de Chirurgie* de Milan, et contenant deux observations malheureusement peu détaillées, l'une appartenant au Dr C. Bozolo et l'autre au Dr Tibaldi.

En 1890, paraissent les travaux de Riegner et de J. Böckel. Le mémoire de ce dernier auteur, publié dans la *Gazette Médicale de Strasbourg* (1890-1891), sera avantageusement consulté, surtout par ceux qui voudront avoir des données chirurgicales très précises sur la question.

1. *Americal journal of the med. science*, 1885.

J.-B. Roux, dans sa thèse soutenue à Paris en 1891, rapporte quelques cas intéressants, mais émet sur la pathogénie des kystes pancréatiques des conclusions qui seront discutées plus loin. Nous devons citer, la même année, les travaux de Gould, de Savill et de Gussenbauer.

En même temps que ces travaux de clinique s'accumulent, les physiologistes ne restent pas inactifs. Reprenant et continuant les expériences de Claude Bernard sur les animaux, Langendorf pratique la ligature des canaux pancréatiques chez le pigeon, mais sans produire de kyste ; Arnozan et Vaillard expérimentent sur le lapin dont ils lient le canal de Wirsung, sans plus de résultat.

M. le Dr Rémy, en répétant ces expériences, ne peut produire de kystes, mais il produit, ainsi que Vaillard et Arnozan, une sclérose très rapide de la glande, et même comme une transformation ultime, une dégénérescence graisseuse.

Enfin, en 1891, le Dr J. Thiroloix, dans ses recherches expérimentales sur le diabète pancréatique, provoque la formation d'un kyste, sur un chien dans le pancréas duquel il avait injecté un mélange de noir de fumée et d'huile de vaseline (Obs. XVII, p.)

Citons, pour terminer, le chapitre intéressant consacré par M. le Dr Quenu aux kystes du pancréas dans le *nouveau traité de chirurgie* publié sous la direction de M. le Professeur Duplay et de M. le Dr Reclus ; ainsi que la thèse de Schröder, soutenue à Breslau (Obs. XII et XIII).

Tels sont, dans leur ordre chronologique, les princi-

paux travaux publiés jusqu'à ce jour sur le sujet qui nous intéresse. Nous nous excusons à l'avance des omissions que nous avons pu commettre, malgré le soin apporté à nos recherches pour faire ce chapitre historique aussi complet que possible.

II

OBSERVATIONS.

Parmi les travaux que nous venons de mentionner, nous avons porté nos recherches spécialement sur ceux qui traitent des *kystes séreux du pancréas*, c'est-à-dire sur les cas qui se rapprochent le plus de l'observation recueillie dans le service de M. le Dr Lancereaux. Le nombre en est relativement restreint, ce qui nous permet déjà de prévoir une des conclusions de ce travail, à savoir que cette affection constitue une rareté pathologique.

Les pages qui vont suivre s'appuient exclusivement sur des faits, constatés, les uns (en petit nombre) au lit du malade, les autres (en plus grand nombre) à l'autopsie; elles en seront la déduction et comme la conséquence forcée. Nous commencerons donc par exposer ces faits, en reproduisant ici les observations que nous sommes parvenus à réunir sur la question.

OBSERVATION 1

Kystes multiples du pancréas, par M. Cornil.

Bulletins de la société d'Anatomie, 1863, p. 582 et suiv.

La nommée F..., âgée de 75 ans, entrée le 9 octobre 1863 à la

Salpêtrière, pour démence sénile, y meurt le 17 décembre de la même année.

L'autopsie est pratiquée le 18 décembre. On trouve le cœur normal, l'aorte athéromateuse, le lobe inférieur du poumon gauche affaissé, congestionné, peu crépitant.

Sur la muqueuse de l'estomac, on voit quatre ou cinq petites saillies de la grosseur d'une lentille à un petit pois, rondes, hémisphériques, saillantes, vascularisées ; elles siègent à la moitié droite ou pylorique de l'estomac.

D'autre part, un très gros polype, long de cinq centimètres sur trois centimètres de largeur, ovoïde, pédiculisé, mobile, bouche complètement l'orifice pylorique ; sa position est du reste variable ; ainsi, on peut le relever du pylore où il est engagé, et alors il est flottant dans la cavité stomacale, la membrane muqueuse le recouvre partout, excepté à sa base ou extrémité libre ; en ce point, la muqueuse est interrompue brusquement, et on voit la substance du pylore qui présente là une coloration ardoisée. Sur tout le reste de son étendue, il est recouvert par la muqueuse qui est elle-même hypertrophiée. En faisant une coupe de la muqueuse, on voit qu'elle a une épaisseur de un à deux millimètres. Les glandes de cette partie de la muqueuse sont distendues, et converties en petits kystes exactement sphériques, ressemblant aux œufs de Naboth du col utérin. Ces petits kystes ont d'un demi à un millimètre de diamètre. En examinant à l'état frais des coupes minces de cette muqueuse, on voit que sa surface possède un riche réseau de capillaires injectés et des villosités courtes. Les glandes sont toutes distendues plus ou moins, et celles qui le sont le plus sont visibles à l'œil nu, sous formes de petits kystes ; l'un de ces derniers, bien que très volumineux, laisse apercevoir son orifice ou goulot, d'où s'échappe le liquide muqueux qu'il contient, avec des cellules épithéliales distendues et transparentes. La partie cen-

trale, fondamentale du polype, est un tissu ferme, élastique, fibreux, gris, composé d'éléments de tissu cellulaire et élastique et de noyaux.

Le pancréas est gros, aplati, et le siège de nombreux kystes, variant de la grosseur d'un pois à une petite noix, contenant soit un liquide citrin, muqueux, soit, avec ce liquide, une partie plus épaisse et comme caséuse blanche. Ces kystes sont multiloculaires ; les autres parties du pancréas ont conservé leur structure glanduleuse normale. Les kystes sont produits par la distension d'un certain nombre d'acini ; les ganglions lymphatiques de la région sont gros, blancs sur une coupe et mous (sans altération) ; les autres organes de l'abdomen (reins, vessie, utérus, foie) sont normaux. Enfin le cerveau est petit, la pie-mère œdémateuse et les vaisseaux athéromateux.

OBSERVATION II

Pancréas kystique, observé dans le service de M. le Dr Lancereaux. (J. Thiroloix et Ch. du Pasquier, *Bull. soc. anat.*, 1892, p. 310).

La nommée B... Victoire, âgée de 93 ans, entre le 25 février 1892, salle Sainte-Martine, dans le service de notre maître, M. Lancereaux. Elle est atteinte de bronchite chronique avec emphysème et étouffements. Les urines sont rares, elles ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Le 29 février. — La langue de la malade se sèche. Le coma et la mort surviennent le 3 mars. La malade, durant toute sa vie, avait joui d'une excellente santé.

Autopsie. — Pas d'adhérences pleurales, les poumons sont emphysémateux aux sommets et le long des bords antérieurs. A gauche, il existe une congestion considérable ; à la coupe, il s'échappe, par compression, un liquide rouge et spumeux ; pas de broncho-pneumonie, pas de pneumonie. A droite, hépatisation

rouge du lobe moyen et supérieur ; cette pneumonie est limitée à la partie inférieure du poumon, tout le lobe inférieur est rouge et très congestionné.

Cœur. — Non hypertrophié ; un peu de surcharge graisseuse à la face du ventricule. Les cavités contiennent du sang noir en assez grande quantité, pas de concrétions fibrineuses. Il n'y a pas d'altérations valvulaires ; les valvules sigmoïdes ont conservé toute leur souplesse. L'aorte n'est pas athéromateuse, elle possède encore toute son élasticité. Coronaires perméables.

Foie. — Poids 1800 grammes. Les vaisseaux sus-hépatiques sont gorgés de sang noir. A la coupe, aspect normal, pas d'aspect muscade, pas d'apparence graisseuse.

Voies biliaires perméables ; bile en faible quantité, coloration normale, pas de calculs de la vésicule.

Reins. — Décortication facile, un peu congestionnés. Les artères qui forment la voûte artérielle ne sont pas épaissies.

Rate. — Non hypertrophiée, résistante.

Tube digestif. — Estomac non dilaté, vide ; intestins normaux ; mésentère chargé de graisse, capsules sus-rénales trouvées saines.

Pancréas kystique. — Presque toute la glande est transformée en kystes dont l'ensemble forme une tumeur bosselée de la grosseur des deux poings. La queue seule du pancréas n'a pas été atteinte par la dégénérescence kystique. C'est aux dépens de la partie moyenne de l'organe que les kystes semblent s'être développés. Les plus volumineux ont le volume d'un œuf de poule, ceux-ci sont au nombre de cinq ou six ; entre eux se trouvent des lobules adipeux et de plus petits kystes dont les dimensions égalent celles d'un pois ; il en est de plus petits encore ; c'est à la face postérieure de la tumeur que les plus petits kystes sont en plus grand nombre. Toutes ces poches sont closes et ne communiquent pas les unes avec les autres.

La tête est en partie infiltrée d'une grande quantité de graisse, il y a là une véritable adipose de cette partie de la glande.

Quelques petits kystes sont noyés au milieu de cette graisse. Dans d'autres points le parenchyme est transformé en un tissu aerolaire, spongieux et résistant : cet aspect résulte de l'agglomération d'un nombre infini de petites cavités de formes et de dimensions variées ; le même aspect existe aussi à l'extrémité opposée de la tumeur ; il semble qu'au centre seulement ces cavités se soient dilatées et y aient acquis des dimensions relativement considérables.

L'orifice du canal de Wirsung est parfaitement libre ; nous avons suivi ce canal aussi loin qu'il nous a été possible de le faire : il ne contenait aucun calcul, il n'était rétréci en aucun point.

Chacun des kystes contient du liquide, dont la coloration varie : dans les uns, liquide tout à fait clair et transparent, dans les autres, contenu teinté ayant la couleur d'une infusion de café très diluée. La réaction du liquide est franchement alcaline, il contient de l'albumine en grande quantité. Nous y avons trouvé au microscope des *débris épithéliaux* et quelques cellules lymphatiques.

La face interne des plus grandes cavités est lisse ; celle des petites présente des brides, et des cloisonnements incomplets, nulle part d'aspect villeux, pas de villosités.

Cette tumeur ainsi constituée, n'avait contracté aucune adhérence avec les organes voisins : elle était recouverte par l'estomac, *les ganglions de la région étaient absolument sains.*

Nous avons fait successivement l'étude microscopique des points qui nous ont paru sains et où l'on voyait débiter la transformation kystique sous forme d'un stroma fibreux délicat ; des régions aréolaires et spongieuses ; des régions qui étaient le siège

de kystes nettement figurés, et enfin nous avons fait l'étude de la paroi des grands kystes.

Les parties qui paraissent saines sont exclusivement formées de petites cellules d'apparence embryonnaire, sphériques, avec un noyau peu apparent, très rapprochées les unes des autres, séparées par de rares tractus conjonctivo-vasculaires qui limitent de grands groupes qui sortent du champ du microscope. En certains points, ces petites cellules s'orientent de façon à limiter et à circonscrire de petits espaces circulaires que l'on peut regarder, croyons-nous, comme les vestiges de cavités kystiques, on voit peu à peu ces cavités s'agrandir et se circonscrire nettement.

Les coupes faites dans les parties d'apparence aréolaire ont montré des espaces libres, la plupart déformés par pression réciproque. Les cloisons sont formées ou par des petites cellules rondes réunies sous forme de larges tractus, ou par des travées de tissu conjonctif avec quelques très rares vaisseaux ; dans ce dernier cas, les faisceaux conjonctifs sont recouverts par une ou deux couches de petites cellules cubiques. Les cavités ainsi délimitées sont comblées en totalité ou en partie par un carrelage de cellules assez régulières se colorant faiblement par le carmin. On y rencontre aussi quelques flots de globules rouges et des débris granuleux.

Dans la région des kystes de petites dimensions, les travées sont essentiellement conjonctives et formées surtout de tissu fibreux qui se colore fortement en rose, les cellules sont rares, les vaisseaux plus nombreux et remplis de sang. Les travées sont tapissées de une ou deux couches de cellules cubiques. Sur les coupes les cavités sont vides. Les grands kystes enfin ont des parois essentiellement fibreuses, les vaisseaux y sont devenus rares.

OBSERVATION III

Kyste du pancréas, par J. Cruveilhier.

(*Essai sur l'anatomie pathologique en général*. Paris 1816, t. I, p. 286).

Un homme mourut dans la salle du Rosaire à la suite d'un ictère survenu depuis plusieurs mois sans cause connue, et qui avait résisté à l'huile essentielle de térébenthine, à l'éther, aux bains sulfureux, etc.

A l'ouverture, nous trouvâmes la vésicule du fiel très distendue, remplie d'une bile visqueuse, d'un vert noirâtre; la partie inférieure du canal cholédoque, très dilatée, pouvait admettre le doigt; la face antérieure du pancréas était soulevée par une tumeur aqueuse considérable : nous ouvrîmes cette tumeur, qui contenait une assez grande quantité de *liquide transparent, séreux*; sa surface interne présentait des rides transversales assez nombreuses et de petites ouvertures; cette poche, allongée transversalement, n'était pas un kyste séreux, comme je l'avais cru d'abord, mais bien le canal pancréatique prodigieusement distendu, dont l'orifice duodénal était fortement comprimé par une dégénération squirrheuse de la tête du pancréas.

OBSERVATION IV

(*Bulletins de la Société anatomique*, 1833, p. 31).

M. Cruveilhier annonce que pour la seconde fois il vient de trouver une notable collection de suc pancréatique contenu dans une sorte de kyste formé par la dilatation d'un conduit excréteur du pancréas. Le suc, analysé par M. Barruel, a offert beaucoup de mucus, de soude libre, un atome de chlorure de sodium et un atome de phosphate de chaux.

OBSERVATION V

Kyste du pancréas ; pièce possédée par le musée de Strasbourg
(Bécourt, Th. de Strasbourg 1830).

Le musée de Strasbourg possède un exemple de kyste du pancréas. Ce kyste développé dans le corps et la queue du pancréas a le volume d'une tête d'enfant de quatre ans ; ses parois sont fibrineuses, blanchâtres, très résistantes, de l'épaisseur d'une ligne. La tête du pancréas paraît être restée saine. On ne connaît pas les détails de la maladie.

OBSERVATION VI

Pemphigus foliacé. Dégénérescence fibro- kystique du pancréas
par M. Lediberder, interne des hôpitaux (*Bulletin de la société d'anatomie*, 1867, p. 581).

M. Lediberder, interne des hôpitaux, présente diverses pièces relatives à un cas de pemphigus foliacé. La femme qui en était atteinte mourut à Saint-Louis, dans le service de M. Guibout, avec le marasme de la fièvre hectique. Le tube digestif examiné avec soin n'offrit rien à noter : la muqueuse n'était ulcérée en aucun point ; les reins, le foie avaient subi la dégénérescence graisseuse, et le pancréas, étudié en particulier par M. Cornil, fut trouvé complètement dégénéré. Il contient un grand nombre de kystes renfermant un liquide séro-sanguinolent tenant de la graisse en suspension. De plus, il est le siège d'indurations manifestes constituées par des faisceaux de tissu lamineux entre lesquels se voient des granulations graisseuses. D'une façon générale, les culs-de-sac de la glande sont dilatés et les ganglions pancréatiques volumineux.

OBSERVATION VII

Cas d'un kyste du pancréas, par Nichols. (*New-York médica journal*, 1878, Tome 47, p, 575).
(Traduction de M. le Dr A. Saulay).

Ce cas de kyste du pancréas vous est présenté spécialement en raison de son intérêt autant comme une affection rare que comme un diagnostic difficile.

En faisant des recherches dans la littérature à ce sujet, je n'ai trouvé que onze cas qui ont été relatés ; aucun d'entre eux n'avait été sérieusement diagnostiqué avant l'incision exploratrice abdominale. Ces cas avaient été confondus soit avec des kystes à échinocoques du foie, soit dans la majorité des cas, avec des kystes de l'ovaire. Tous, sauf un, furent opérés, soit par l'extirpation du kyste, soit par l'évacuation du contenu et le drainage. Cinq des cas opérés se terminèrent par la guérison, cinq autres par la mort par péritonite.

Un mot de l'étiologie de ces kystes. Le kyste pancréatique peut reconnaître comme cause tout ce qui détermine l'obstruction du canal commun du pancréas ou d'une de ses branches, ou encore la présence de calculs, l'oblitération partielle ou complète par du tissu de cicatrice, ou l'obstruction subite ou graduelle du conduit excréteur sans diminution de son calibre par déplacement du pancréas.

C'est alors que le suc pancréatique, arrêté dans son cours, revient en arrière, distend les canalicules, détermine leur dégénérescence et la disparition du parenchyme de la glande, dont la capsule se distend pour former les parois du kyste.

Le cas que j'ai à vous relater appartenait à un homme âgé de 59 ans, américain, qui, vingt années avant sa mort, se plaignait déjà de douleurs très intenses au niveau de l'épigastre, accompa-

gnées d'une sensation de plénitude dans cette région. Pas de nausées ni de vomissements. Ces symptômes se montraient avec plus ou moins de douleurs pendant une semaine ou deux, puis ils disparaissaient, revenant à intervalles de deux ou trois mois. Ces douleurs périodiques étaient précédées par un symptôme prémonitoire quelque peu spécial, que je n'essaierai pas de vous décrire et qui consistait en démangeaisons très intenses des deux pieds qui diminuaient à l'arrivée des douleurs. Appétit durant la plupart du temps vorace et jamais diminué. Tous les aliments ingérés ne lui causaient aucun embarras.

L'état du malade ne se modifia pas sensiblement pendant six années, quand il consulta le médecin de sa famille pour des douleurs atroces qu'il ressentait au niveau du bras droit et de l'avant-bras, qui furent rapportées alors à des douleurs rhumatismales. Ces douleurs continues, s'accompagnèrent d'atrophie musculaire, bien que cet homme eut conservé l'usage et la libre action de son bras.

Au cours de la même année, il eut une péritonite circonscrite, après laquelle, jusqu'à sa mort, il eut des périodes de vomissements présentant l'apparence marc de café, si communs dans les maladies malignes de l'estomac.

Trois années avant sa mort, la première preuve d'une tumeur de la cavité abdominale fut mise en évidence. Elle fut vue par l'un des hommes les plus éminents dans notre art, mais, comme les autres, il ne porta pas de diagnostic. Une ponction fut alors pratiquée.

A l'époque de la découverte de la tumeur, se présentèrent des *symptômes de diabète*. On reconnut dans les urines une grande quantité de sucre. L'émaciation chez cet homme fit de rapides progrès et quoiqu'il eut conservé assez intacts son appétit et son pouvoir digestif, ainsi que des selles régulières, il mourut d'asthénie le 27 février 1887.

A l'autopsie, pratiquée le lendemain, on découvrit un kyste contenant environ 4 quartes (la quarte américaine vaut 1 litre, 135.834) d'un *liquide séreux* occupant la plus grande partie de l'abdomen, fixé à la partie inférieure par des adhérences en plusieurs points. Il n'y avait plus trace distinctive de la glande.

OBSERVATION VIII (résumée).

Archives de Virchow, 1884, T. 30, p. 360.

(Trad. de M. A. Malusky, agrégé, préparateur à l'Ecole Normale supérieure).

K..., âgé de 40 ans, souffrait du diabète déjà depuis 1854 ; il fut apporté à la Charité et soigné pour des abcès au nez et autour du nombril, sans avoir jamais contracté d'infection syphilitique. La contenance en sucre de son urine était de 3 à 5 pour 100 et on trouva 1030 pour son poids spécifique.

Décès le 13 août 1863 ; autopsie le 16 août.

Nous passons sur les détails concernant les autres organes. Le conduit pancréatique dont l'extrémité duodénale est complètement libre est normalement conditionné à la tête du pancréas, mais il pénètre ensuite immédiatement dans la tumeur et d'une façon telle que, dans son voisinage il n'est plus entouré de tissu glanduleux mais d'un tissu dur et blanchâtre qui déborde d'un côté sur la tête du pancréas et de l'autre sur la tumeur. La partie terminale du canal pancréatique, s'appliquant à la tumeur, est obstruée par une concrétion blanchâtre et de la grosseur d'un pois. La tumeur elle-même est presque de la grosseur d'une tête d'enfant ; elle est à peu près sphérique et consiste en une poche dure qui contient un liquide épais, trouble et jaune. On y découvre à l'œil nu des cristaux brillants (cholestérine et aiguilles de matières grasses). Ce liquide laisse se déposer un sédiment blan-

châtre, qui se révèle à l'examen microscopique comme une masse granuleuse mélangée de cellules isolées rondes et de débris de cellules.

La paroi de la poche a presque partout une épaisseur de 3 millimètres, quand on la coupe, on la voit colorée en gris, et par endroit feuilletée.

La paroi interne est partout lisse, avec des plaques épaisses et blanchâtres, semblables aux plaques de sclérose des grandes artères. On doit encore signaler sur certaines portions isolées de la paroi interne des efflorescences blanchâtres ; parfois des pellicules épaisses et séparables, d'un gris jaunâtre et qui brillent comme de la nacre. Sous ces pellicules apparaît par endroits une surface rude. Sur la partie postérieure de la poche on voit à l'intérieur une rainure allant tout droit de gauche à droite. A l'extrémité gauche elle conduit à un canal traversant la paroi, et dont l'ouverture a la grosseur d'un tuyau de plume de corbeau. En suivant le canal on voit qu'il s'élargit rapidement à sa sortie de la paroi de la poche et qu'il est tapissé à l'intérieur d'une membrane entièrement lisse, garnie cependant de quelques plis isolés. Le canal aboutit à un corps dur, ayant la forme d'une langue, de 6 millimètres d'épaisseur ; à la coupe il présente un aspect glanduleux ; il est revêtu, comme l'extrémité indurée du canal, d'un tissu très dur et feuilleté. La longueur du canal est d'à peu près deux pouces. Dans cette partie caudale du pancréas il n'est pas possible de trouver d'autre canal pouvant servir de conduit et l'on ne peut pas suivre directement celui-ci pour aller à la tête du pancréas.

OBSERVATION IX (résumée).

Tumeur kystique du pancréas avec ictère et gardes-robes grasses, par Gross (*Anat. mus. of the Boston Soc.*, etc., 1847. Reprod. in *Archives de médecine*, 4^e s., t. XIX, p. 215).

Cette tumeur kystique était consécutive à une oblitération calculeuse du canal pancréatique.

L'autopsie montra une tumeur volumineuse et fluctuante, de forme ovale, située au-dessous du lobe droit du foie, avec lequel elle avait contracté des adhérences intimes...

Elle contenait 10 à 14 onces de liquide séro-sanguinolent...

Elle mesurait 4 pouces sur 3 ; ses parois de une à trois lignes d'épaisseur, étaient membraneuses, charnues, rougeâtres.

On n'y trouvait plus aucune trace du tissu normal du pancréas, cependant elle était évidemment formée par cet organe. Elle contenait de très petits calculs...

Deux d'entre eux oblitéraient complètement l'ouverture du canal pancréatique dans le duodénum.

OBSERVATION X

Dégénérescence kystique du pancréas, par le Dr E. G. Janeway. (*New-York, medical journal*, 1878, p. 523. Traduction de M. Maurice Pinault).

Le Dr E. G. Janeway présente à la Société Pathologique de New-York, dans la séance du 13 mars 1878, un exemple de dégénérescence kystique du pancréas, avec l'historique suivant : un homme âgé de 42 ans entra à l'hôpital Bellevue, le 29 août 1877. Il avait eu une attaque de douleurs abdominales le 15 août, qui s'était accompagnée de vomissements. Il eut, dans la suite, une attaque semblable, mais, à aucun moment, il ne présenta d'ictère. Une

autre attaque suivit qui ressembla entièrement aux deux premières, cette différence que la douleur dura plus longtemps et que le malade présenta de l'ictère à la suite.

A l'examen, on trouva dans la région du foie une tumeur qui mesurait quatre pouces dans chaque diamètre. On ponctionna cette tumeur le 13 novembre et on retira quatre onces d'un liquide rougeâtre; elle diminua des deux tiers de son volume, mais deux jours après la ponction, elle devint le siège de douleurs et présenta une largeur beaucoup plus considérable, mesurant 4 pouces sur 6 1/2.

L'état du malade se maintint sans grand changement durant le mois suivant, lorsque la tumeur se rompit. Dix jours après, le malade mourut.

Autopsie. — La tumeur se trouvait être un kyste qui était adhérent au duodénum et au colon transverse. On découvrit aussi un second kyste de plus petit volume et à parois plus minces. Le canal pancréatique pouvait être suivi dans le kyste. C'était un cas de dégénérescence kystique du pancréas ayant occasionné une compression du conduit biliaire.

OBSERVATION XI

Goodmann (1).

M. Z..., colonel, 55 ans, entré dans l'armée en 1861 avec une excellente santé, pesant 190 livres. Dans l'été de 1862 jaunisse, diarrhée, toux, fièvre, considérées comme une attaque de malaria. Guérison.

Nouvelle diarrhée en 1863.

En juillet 1866, son cheval s'affaisse sous lui; M. Z..., ressent

1. *Philadelph. Med. Times*, 22 juin 1878 et BONAMY : *Etude clinique sur les tumeurs du pancréas*. Thèse de Paris 1879.

immédiatement des douleurs dans le dos et les membres. On croit à un traumatisme de la moelle.

Depuis 1867, sa santé périclité.

En 1873, diarrhée incessante, sortie involontaire de *matières ayant la consistance de l'huile douce et laissant des taches grasses sur les draps*. Polydipsie. L'urine contient du sucre en grande quantité. Poids spécifique de l'urine : 1044; réaction acide, sans sédiments. Urates et acide urique diminués; chlorures en quantité normale. Pas d'albumine.

Les selles contiennent des cellules muqueuses épithéliales, à différents degrés de désintégration, et des matières étrangères; la plus grande partie est formée de graisse, sous forme de masses sphériques, résultat de l'agglomération interne de petits cristaux comme ceux de margarine. Grande solubilité par l'addition du chloroforme.

Mort de cachexie en 1876. Un ou deux mois avant sa mort hydropisie.

Autopsie. — Tubercules dans le pancréas, hydrothorax et hydropéricarde. Tumeur volumineuse dans la queue du pancréas. C'est un kyste à parois fermes, rigides, contenant un liquide jaune verdâtre, d'une consistance plus fluide que le blanc d'œuf. La dissection démontre que la cavité du kyste n'a aucune communication avec le canal pancréatique. Le canal s'étend de l'intestin à l'extrémité de l'organe, près du kyste, où il se termine brusquement. La lumière du canal est très large dans toute l'étendue du corps de la glande; elle diminue seulement à l'approche du kyste. La partie du canal qui traverse la tête du pancréas pour se rendre à l'intestin est plus étroite que normalement; la sonde pénètre difficilement dans ce conduit au niveau de l'intestin. Lorsqu'on ouvre le conduit à l'union de la tête et du corps, on y découvre deux sacs ou poches, renfermant une matière calculeuse.

Le tissu glandulaire de l'organe semble entièrement atrophié ; la tête du pancréas n'est constituée que par une masse de tissu fibreux, qui se continue avec du tissu connectif de nouvelle formation, agglutinant le pancréas, le duodénum et le colon transverse. Le tissu conjonctif enveloppe les vaisseaux sanguins de la région ; il opère évidemment une pression, une constriction sur le conduit.

OBSERVATION XII

Kyste du pancréas ; guérison par l'extirpation totale ; par Schröder (Dissertation inaugurale, Breslau, 1892).

Reproduit in *Archives générales de médecine*, 1892, p. 611
(première observation).

Fille de 26 ans, opérée à l'âge de 18 ans d'un abcès de la paroi abdominale. Il y a dix-huit mois, apparition dans le ventre d'une tumeur du volume d'un œuf de poule ayant graduellement augmenté.

Le 10 janvier 1888, à l'entrée, voussure très marquée de la région mésogastrique droite, occasionnée par une tumeur du volume d'une tête d'enfant, lisse, mobile, fluctuante, matité à la percussion se continuant par en haut avec celle du foie, partout ailleurs sonorité tympanique, urines normales. Aucune particularité du côté des autres organes abdominaux. Le 24 janvier, évacuation par la ponction d'un litre environ d'un liquide clair comme de l'eau ne contenant pas d'échinocoques. La malade se trouve soulagée, mais au bout de dix jours la tumeur a repris son volume.

Laparotomie le 7 février. Incision de 13 centimètres de longueur en dehors du muscle droit antérieur gauche. Après division mousse du mésocôlon, on tombe sur le kyste lui-même fortement adhérent au péritoine avoisinant. Après un essai d'énu-

cléation suivi de rupture, on pince et on vide avec le trocart le contenu brunâtre de la poche. La main introduite dans le ventre, découvre le point d'implantation de la tumeur à gauche, tout près de la colonne vertébrale. A l'aide de nombreuses ligatures vasculaires et en masse, on parvient à détacher et à enlever la plus grande partie des parois extrêmement épaisses de la tumeur. Après une interruption de deux heures motivée par l'état de la malade, on fixe à la peau les parois du kyste à l'aide de quelques points de suture. Tamponnement iodoformé ; sécrétion très abondante ; guérison au bout de huit semaines sans fièvre. La paroi kystique enlevée contenait du tissu pancréatique, et la sérosité contenue du ferment diastasique.



OBSERVATION XIII

Kyste du pancréas ; guérison par l'extirpation totale, par Schröder (Dissertation inaugurale. Breslau, 1892).

Reproduit in *Archives générales de médecine*, 1892, p. 611 (2^e observation.).

Femme de 55 ans, habituellement bien portante. Apparition il y a six mois environ d'une tumeur qui a insensiblement augmenté de volume sans occasionner aucune souffrance. Ponction et évacuation d'un liquide brunâtre contenant des globules sanguins blancs et rouges, des cristaux de cholestérine, des particules graisseuses, de l'épithélium et une petite quantité d'albumine et de trypsine.

Le 17 octobre. — Jour de l'entrée à la clinique de Breslau, tumeur du volume d'une tête d'enfant, lisse, à peine mobile, repoussant en avant l'hypochondre et le mésogastre du côté gauche. Entre la tumeur, le foie et la rate, sonorité tympanique. Le 10 novembre, nouvelle ponction, livrant passage à un liquide brunâtre doué du pouvoir diastatique et émulsionnant.

Le 11 novembre. — Incision de 10 centimètres de longueur en dehors du muscle droit. La tumeur revenue sur elle-même, recouverte presque tout entière par l'estomac, paraît très difficile à enlever. On referme la plaie. La malade sort au bout de trente-six jours avec une tumeur encore diminuée de volume.

Au bout de quatre mois la tumeur a reparu et occasionné de l'œdème des membres inférieurs. D'ailleurs aucun changement notable dans l'état de la malade.

Le 2 juin 1891. — Incision au point le plus saillant. Le kyste est ponctionné, attiré au dehors et vidé complètement.

Il adhère à la queue du pancréas et ne peut être détaché de cet organe qu'à l'aide de nombreuses ligatures et non sans une perte de sang.

Suture en étage. Guérison au bout de quatre semaines.

Le liquide évacué contient des globules sanguins, de la cholestérine, de la graisse émulsionnée, et il jouit des propriétés émulsionnantes et diastasiques.

La paroi du kyste est constituée par des faisceaux épais de tissu conjonctif, et elle contient dans ses parties les plus épaisses des débris de tissu pancréatique.

OBSERVATION XIV

Kyste du pancréas par M. Le Dentu.

(*Bulletins de la société anatomique*, 1865, p. 203)

Un homme de 26 ans, charretier, entre le 3 février 1862 à l'Hôtel-Dieu. Il raconte que deux mois et demi avant son admission à l'hôpital, il a reçu un coup de timon à la partie antérieure de l'abdomen; qu'un vomissement a suivi immédiatement l'accident et qu'il a été obligé d'interrompre ses occupations pendant trois semaines. Il souffrait de douleurs assez vives et intermittentes vers l'hypochondre droit et l'épigastre. Après avoir éprouvé

quelques rémissions dans les symptômes, il recommence à souffrir, ses digestions deviennent difficiles, elles sont accompagnées d'envies de vomir et de diarrhée. Pendant ce temps, le malade maigrit et sa constitution s'altère.

A son entrée, on constate au-dessous des fausses côtes droites, une tumeur fluctuante, limitée inférieurement par un bord tranchant, qui simule parfaitement celui du foie par sa consistance et sa direction. Au-dessous, la sonorité reparait à gauche; la ligne de matité s'arrête aux limites de l'épigastre et de l'hypochondre.

Le chef de service diagnostique un kyste séreux du foie probablement enflammé à la suite du traumatisme signalé plus haut.

Le 7 février, au moment de la visite, le malade éprouve une douleur subite dans l'abdomen; on s'aperçoit que sa tumeur a en partie disparu et que à la place qu'elle occupait, la percussion produit un bruit hydroaérique. Bien qu'aucune évacuation particulière n'ait eu lieu par l'anus, on conclut des phénomènes observés que le kyste s'est ouvert dans le péritoine et que le son hydroaérique indique sans doute une communication ancienne ou récente de la tumeur avec l'intestin. Un traitement énergique est institué (calomel à doses fractionnées, frictions d'onguent napolitain sur l'abdomen), pour prévenir la péritonite; celle-ci se produit, mais peu intense.

Elle disparaît en trois jours et cette circonstance est invoquée à l'appui du diagnostic qui avait établi la nature séreuse du liquide de la tumeur. Peu à peu, le kyste se reforme, les choses reviennent à leur premier état; le bruit hydroaérique ne se perçoit plus.

Alors le chef de service, encouragé par un succès complet récemment obtenu par la méthode de Récamier dans le traitement d'un abcès du foie, se décide, un peu à contre-cœur, à atta-

quer de la même façon la tumeur de ce second malade. On fait, à des intervalles de deux ou trois jours, cinq applications de potasse caustique et, le 7 mars, on fait une ponction au fond de l'eschare. Il s'écoule quatre à cinq cuillerées d'un liquide muqueux mélangé du sang de la plaie. Aussitôt le malade tombe dans un état d'anxiété extrême ; des douleurs intenses se déclarent dans l'abdomen. Une heure après, une péritonite existait et, au bout de deux jours et demi, le malade succombait.

A l'autopsie, on découvre que le foie est parfaitement sain, que l'eschare correspond à la face antérieure de l'estomac, qu'il n'y a point d'adhérences entre cet organe et la paroi abdominale, bien que la mortification des tissus soit arrivée jusqu'au péritoine. L'estomac est repoussé en avant par une tumeur grosse comme une tête de fœtus de neuf mois, qui s'en sépare facilement par la dissection, mais qui a avec le pancréas des connections intimes. La glande ne paraît pas beaucoup diminuée de volume ; mais elle est étalée sur la face postérieure de la tumeur et il est impossible de l'en isoler. La production morbide a pris naissance dans le corps du pancréas ; le canal de Wirsung, appliqué sur le kyste, peut être suivi sans peine jusqu'à l'intestin. Le canal cholédoque et les vaisseaux hépatiques ne présentent aucune altération. Quant à la péritonite, elle est des plus manifestes.

Vue extérieurement, la tumeur a une forme régulièrement sphérique ; à l'intérieur, ses parois ont un aspect grenu et une coloration rosée. Elles sont d'apparence fibreuse et ont près d'un demi centimètre d'épaisseur. Dans un point se voit un petit cul-de-sac, vestige probable de la perforation qui s'était faite quelques jours auparavant.

OBSERVATION XV

(Zukowski, *Wiener med. Presse*, 1881, n° 45).

Femme de 36 ans ; tumeur fluctuante, mobile, occupant l'abdomen.
Faucillon

domen, s'étendant à partir de deux travers de main au-dessus de l'ombilic jusque dans le petit bassin.

La tumeur a débuté il y a près de trois ans au niveau de la région épigastrique et s'est accrue depuis lors.

Diagnostic. — Kyste ovarique.

Nous passerons sur l'opération.

Mort le 9 mars.

Autopsie. — Péritonite suppurée. La paroi postérieure du kyste renferme des excroissances, longues, molles, peu vasculaires ; le reste de la poche est lisse. Cette portion du kyste est en rapport avec le pancréas ; la tête de cet organe est bien visible ; le corps se continue à gauche avec la paroi du kyste, la queue fait défaut. Le canal de Wirsung est conservé au niveau de la tête et du corps ; en poussant une injection dans ce canal on constate que de nombreuses ramifications s'étalent sur la paroi kystique, même là où il n'y a pas de tissu pancréatique.

Analyse du liquide kystique. — Le liquide du kyste est rouge brun, trouble, alcalin ; sa densité est de 1014 ; il renferme des grumeaux faiblement colorés, de l'hémoglobine, de la séro-albumine, de la séro-globuline, de la cholestérine, de la paralbumine et des sels inorganiques.

OBSERVATION XVI

(Hagenbach, *Dissert. inaug.* Bâle, 1887 ; reprod. par Roux, Th. de Paris, 1892).

Catherine B..., 45 ans, de Steinselz (Alsace), entre le 18 mai 1887 à la clinique interne de l'hôpital de Bâle.

Pas d'antécédents héréditaires, ni morbides, sauf une pneumonie contractée il y a quelques années.

La malade est mariée, elle n'a jamais eu de couches. Menstruation irrégulière.

Le début de la maladie actuelle date du 15 mai ; il a été brusque et s'est manifesté par des douleurs lancinantes dans toute la région du bas-ventre, sans causes appréciables. Vomissements incoercibles de matières verdâtres, amères, mêlées à différentes reprises d'une petite quantité de sang rouge.

Constipation depuis le 15 mai. Urines foncées.

Etat actuel. — le 15 mai. Constitution chétive. L'abdomen est plat ; la moitié inférieure du ventre est souple, élastique ; l'épigastre et les deux hypochondres sont plus résistants et sensibles à la pression. Il n'y a pas de tumeur. Tous les organes sont normaux. Pas d'œdème des extrémités inférieures. Ni sucre ni albumine dans les urines.

La malade vomit d'une façon presque continue de grandes quantités de liquide verdâtre, peu odorant.

Douleurs très vives dans l'hypogastre.

Traitement. — Repos au lit, application de glace sur l'épigastre ; glace à l'intérieur ; lavages de l'estomac. Ce traitement amène un certain soulagement dans l'état de la patiente.

Le 21. — Elle rend une selle copieuse, à la suite de l'administration de plusieurs lavements forcés.

A partir du 22, selles régulières, plus de vomissements.

Le 25. — La langue est moins chargée, le ventre est souple, indolore, état général satisfaisant. Apyrexie.

Les jours suivants, l'état empire. Epigastre très douloureux.

Le 1^{er} juin. — On constate pour la première fois la présence d'une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, qui fait saillie sous le rebord costal droit. Les limites inférieures et latérales sont assez nettes ; à droite elle s'étend jusque dans le voisinage de la ligne maxillaire ; à gauche elle dépasse la ligne blanche de trois travers de doigt.

Sa consistance est élastique ; elle n'est pas fluctuante, mais très sensible à la pression. Elle présente une certaine mobilité

latérale, mais ne suit pas les mouvements de la respiration. On y constate la présence de battements isochrones au pouls ; au devant de la tumeur, on constate une zone de sonorité.

Le foie est normal et peut être délimité par la percussion dans toute son étendue.

L'abdomen est d'ailleurs aplati dans sa partie inférieure, insensible ; il n'y a pas d'ascite, urines normales.

Ce qu'il y a de curieux dans cette observation, c'est l'apparition soudaine de la tumeur. Le 31 mai, au soir, on n'en avait pas constaté trace ; la malade elle-même suppose qu'elle a dû se développer pendant la nuit, l'ayant sentie le matin pour la première fois.

L'analyse des symptômes observés jusqu'à ce jour, la constipation datant de sept jours pleins, les vomissements opiniâtres et la grande sensibilité de la tumeur, plaident en faveur d'une torsion intestinale ; la tumeur elle-même ne serait que le résultat de l'arrêt plus ou moins subit des matières fécales accumulées derrière l'obstacle.

Une intervention chirurgicale étant jugée nécessaire, on dirige la malade sur le service de chirurgie de M. le professeur Socin.

L'état relativement satisfaisant de la patiente, en particulier les caractères à peu près normaux de son pouls, plaident en faveur d'une intervention immédiate.

On y procède à 10 heures 1/2 du matin de la façon suivante : Désinfection habituelle et chloroformisation. Incision de 12 centimètres sur la ligne blanche ; après ouverture du péritoine, l'estomac vient faire hernie ; un aide est chargé de le maintenir dans l'angle supérieur de la plaie ; un peu plus bas on tombe sur le côlon transverse, adhérent à la face inférieure du foie. Le bord libre du foie est, de même que la vésicule biliaire, parfaitement normal.

Au devant des vertèbres, et dans l'espace rétro-péritonéal, se

trouve une tumeur de la grosseur d'une tête d'enfant, recouverte par le mésocôlon et à droite par le foie ; immédiatement en avant de la tumeur se trouvent le côlon transverse et la grande courbure de l'estomac. La tumeur est fluctuante et sonore ; elle fait saillie du côté droit sous le bord libre du foie, dans l'étendue d'un décimètre carré environ ; l'estomac a été refoulé en haut, le côlon transverse en bas.

On pratique une ponction exploratrice à l'aide d'un trocart capillaire et on retire 30 centimètres cube de sang fluide, rouge foncé. L'opérateur s'abstient d'ouvrir le kyste plus largement ; l'état de faiblesse de l'opérée contre-indique cette manœuvre, d'autant plus que l'on n'est pas sûr de pouvoir se rendre maître de l'hémorragie au fond de cette cavité. Puis une autre circonstance encore fait hésiter : la constatation d'une adhérence sous forme de bride, au niveau du côlon transverse, bride qui a considérablement rétréci le calibre de l'intestin. On sectionne la bride et on fait cheminer dans le bout inférieur le bol fécal arrêté en amont.

Suture de la paroi. Pansement au sublimé. Durée de l'opération deux heures.

Collapsus, pouls à 160. Mort à 6 heures du soir.

L'autopsie, pratiquée par le professeur Roth, révèle les détails suivants :

Rien dans les organes thoraciques.

Cavité abdominale. — Péritonite généralisée. La portion pylorique de l'estomac est presque verticale ; elle est repoussée en avant par la tumeur, de telle manière qu'elle se trouve en contact avec la paroi abdominale. Le duodénum est en haut, le côlon transverse en bas.

Le petit bassin contient cinquante grammes de liquide rougeâtre, trouble, qui au microscope révèle la présence de nombreux globules rouges, des amas de fibrine avec des cellules ron-

des, et quelques grumeaux de pus. La tumeur est très peu mobile de gauche à droite. Le duodenum est aplati par la tumeur. Sur la circonférence antéro-inférieure de cette dernière on constate une ecchymose de la grandeur d'une pièce de cinq francs en argent, au centre de laquelle existe un trou gros comme un pois (trou de la ponction d'où sort un liquide rougeâtre, analogue à celui que l'on a retiré du petit bassin). La forme de la tumeur est allongée; la partie qui correspond à la tête du pancréas est franchement fluctuante. Reins normaux. Cholédoque dilaté.

Le tissu pancréatique est friable; le canal de Wirsung est pâle, ses parois sont minces; après son coude, il se bifurque en deux branches, qui aboutissent à une cavité creusée dans la glande; cette cavité renferme cent trente grammes de matière brunâtre, visqueuse, adhérente en partie à la paroi; elle renferme des cellules rondes, des gouttelettes graisseuses et des globules sanguins décolorés.

La queue du pancréas est occupée par une cavité plus petite à parois lisses, renfermant un liquide grisâtre avec des grumeaux jaunâtres, ces deux cavités sont indépendantes l'une de l'autre.

Les dimensions du pancréas sont les suivantes: longueur: dix neuf centimètres et demi; diamètre vertical du kyste: onze centimètres; diamètre horizontal: six centimètres. Diamètre vertical de la queue; six centimètres; diamètre horizontal de la queue: trois centimètres et demi.

Microscopiquement, la surface ainsi que le tissu cellulaire interstitiel de la glande sont en voie de prolifération; la substance glandulaire existe encore en grande partie; dans le voisinage du kyste, elle a subi la dégénérescence graisseuse.

OBSERVATION XVII

Atrophie totale du pancréas. — Dilatations kystiques. — Lithiase pancréatique.

(J. Thiroloix. — Le diabète pancréatique. — Th. Paris, 1892 — Expérience 5, p. 44).

Sur un chien, poids 10 kil. 700, on pratique, le 1^{er} juin 1891, après ligature du canal pancréatique accessoire, l'injection dans le canal de Wirsung, de 7 cc. d'un mélange de noir de fumée et d'huile de vaseline phéniquée. Toute la portion verticale du pancréas est réséquée. On isole de l'intestin toute la portion de la glande qui répond à l'embouchure du canal de Wirsung, dans le but d'empêcher la réunion consécutive des canaux réséqués.

Pendant les deux jours qui suivent ces traumatismes, l'animal est glycosurique. Le troisième jour, toute trace de sucre a disparu.

Le chien, pendant les deux premières semaines, présente une dénutrition profonde. Le 14 juin, il ne pèse plus, en effet, que 9 kil. 500, et le 2 juillet 8 kil. 750. A ce moment, sa faiblesse est extrême : il lui est impossible de demeurer dans sa cage, de se tenir sur son train de derrière. La voix est altérée ; l'animal gémit sans cesse. A aucun moment, malgré les analyses les plus minutieuses, on ne trouve de sucre dans les urines. L'alimentation est composée de pain et de viande (1 kil. 500 environ). La voracité est grande, mais la soif est peu prononcée.

Pendant le mois d'août, le chien change d'aspect. Il perd son apparence squelettique, il engraisse peu à peu et dépasse même son poids. En effet, le 20 juillet, il pèse 9 kilogr. ; le 2 août 9 kil. 500 ; le 23 août 12 kil. 100, et le 2 septembre 12 kil. 500. L'animal paraissant alors d'une santé parfaite, mangeant sans voracité (800 grammes de viande et de pain), buvant sans excès

sautant, ayant la voix forte et bien timbrée, nous pratiquons, le 2 septembre 1891, une *nouvelle laparotomie*.

Tout le pancréas apparaît injecté, noir, extrêmement dur. A l'union des portions duodéno-stomacale et splénique, nous réséquons un fragment de la glande sclérosée, dans une étendue de deux centimètres. Au niveau de la tête pancréatique, comme une parcelle de parenchyme, grosse comme une petite noisette ne semble pas avoir été injectée, nous la réséquons aussi, après avoir jeté un fils de catgut aussi près que possible de l'intestin.

Les deux jours suivants, glycosurie très nette, polyurie, polydipsie, polyphagie. L'animal perd, en 5 jours, un kilogramme (7 sept., 11 kilog. 500).

Le poil tombe, des ulcères se montrent aux pattes, la plaie abdominale ne se cicatrise pas, une éventration se produit (on refait alors plusieurs ligatures péritonéales au fil de soie).

Le 10 septembre. — La plaie est cicatrisée. L'animal revient à l'état normal. Tous les phénomènes diabétiques ont disparu.

Le 22 septembre. — L'animal pèse 12 kilogrammes. Malgré une nourriture exclusivement composée de pain les derniers jours, pas trace de glycosurie.

24 septembre. — L'animal revenu à l'état normal est mis à mort. Le pancréas est réduit à deux moignons noirâtres, en forme d'équerre. L'une des branches, la *verticale* (4 centimètres d'étendue) représente la portion duodéno-stomacale ; l'autre, l'*horizontale* (même longueur) est le reliquat de la portion splénique ; elle est reliée à la première par un pont fibreux très épais (d'un demi-centimètre d'étendue).

La surface des deux portions est granuleuse, bosselée, extrêmement dure au toucher ; la plupart des granulations sont noires et tranchent sur les enfoncements blancs, fibreux. La coupe de la portion splénique fait tomber sur une grande cavité kystique à

paroi intime, lisse comme un grain de raisin, bien limitée de par-tout. Ce kyste renferme un liquide clair comme de l'eau de roche et une multitude de *petits calculs* (1) de la grosseur de petites têtes d'épingles. Ces calculs sont extrêmement durs, irréguliers. La paroi de la poche mesure quelques millimètres ; elle est formée d'un tissu fibreux très dense.

La portion stomaco-duodénale renferme un canal de Wirsung très dilaté qui, lui aussi, est parsemé de petits graviers. Le parenchyme est d'une dureté ligneuse, difficile à couper aux ciseaux. Détaché, tout le reliquat glandulaire pèse un gramme et demi ; or, un pancréas de chien normal, du poids de 10 kil. 500, pèse 30 grammes environ. Le pancréas est donc ici réduit au vingtième. Tous les autres organes n'offrent rien de particulier.

1. Ces calculs étaient formés de carbonate de chaux. (C. O.).

PATHOGÉNIE.

Les auteurs que nous avons consultés, particulièrement MM. Cornil et Ranvier (1) et Cruveilhier (2) d'une part, d'autre part les observations qu'on vient de lire, semblent établir d'une façon bien nette le mode de formation des kystes séreux du pancréas. Ces kystes ont leur point de départ dans l'oblitération du canal de Wirsung, de ses ramifications ou des orifices des culs-de-sac glandulaires, que l'obstruction soit causée par du tissu fibreux de nouvelle formation, par une coudure du canal pancréatique, par un état catarrhal ou par la présence d'un néoplasme ou de concrétions calculeuses.

M. J. B. Roux, dans sa thèse récente (3) et contrairement à l'opinion de J. Boeckel (4), nie la possibilité d'une telle pathogénie et s'appuie surtout sur les expériences des physiologistes qui, dit-il, en pratiquant la ligature du canal de Wirsung, n'ont jamais pu produire de kystes pancréatiques, mais bien une sclérose et une atro-

1. *Histologie pathol.*, 1884, t. II, p. 491.

2. *Traité d'anatomie patholog. générale.*

3. J. B. Roux. *Cancers et kystes du pancréas*. Th. Paris, 1892.

4. *Gazette médicale de Strasbourg*, 1890-1891.

phie de la glande. Ce même auteur affirme aussi que la plupart des observations se montrent sans oblitération du canal de Wirsung.

Pour ce qui est de la production expérimentale des kystes, il faut avouer qu'elle est rare, puisque la science, à notre connaissance, n'en possède qu'un seul cas, celui de M. J. Thiroloix (Obs. XVII). Mais ce fait, à lui seul, vaut une démonstration. Du reste, si l'oblitération expérimentale des voies pancréatiques n'est pas toujours suivie de formation kystique, il en est de même chez l'homme dans les oblitérations pathologiques, et Ancelet(1) cite un assez grand nombre de cas d'oblitérations calculeuses ou autres non suivies de kystes. Pourquoi, dans certains cas, l'oblitération produit-elle des kystes ; pourquoi n'en produit-elle pas dans d'autres ? Nous ne voyons guère, dans l'état actuel de nos connaissances, la possibilité de résoudre ce problème, mais le fait n'en existe pas moins.

Quant à la seconde raison donnée par M. Roux et basée sur les observations, nous ne pouvons l'admettre, puisque, dans la plupart de celles qui précèdent, l'oblitération a été notée.

Dans le cas de Cruveilhier (Obs. III), le canal pancréatique était prodigieusement distendu et son orifice duodénal était fortement comprimé par la dégénérescence squirrheuse de la tête du pancréas.

Notre observation VIII, provenant des *Archives de Virchow*, rapporte un cas dans lequel le canal pancréatique, au niveau de sa pénétration dans la tumeur, « était

1. *Etude sur les maladies du pancréas*. Paris, 1864.

obstrué par une concrétion blanchâtre de la grosseur d'un pois. »

L'observation de Gross (Obs. IX) donne le détail suivant : « La tumeur contenait de petits calculs... Deux d'entre eux oblitéraient complètement l'ouverture du canal pancréatique dans le duodénum. »

Goodmann (Obs. XI) dit que, dans l'autopsie pratiquée par lui, le tissu conjonctif enveloppait les vaisseaux sanguins de la région et opérait une pression, une constriction sur le conduit.

Enfin, dans l'observation de M. Cornil (Obs. I), où il est dit que les kystes sont formés par la distension d'un certain nombre d'acini, comment pourrait-on expliquer cette distension sinon par une obstruction préalable des orifices acineux ?

La dénomination de *kystes par rétention* donnée par M. J. Boeckel aux kystes séreux du pancréas paraît par conséquent tout à fait rationnelle et le mode de formation énoncé plus haut ne semble plus pouvoir être mis en doute.

Mais ces kystes, ainsi formés, présentent à étudier autre chose qu'un simple phénomène de rétention et de distension. Lorsque le liquide s'est accumulé en arrière de l'obstacle, soit dans les canaux, soit dans les acini, il amène la modification du tissu glandulaire et donne lieu à un processus pathologique dont nous tâcherons d'esquisser les caractères dans le chapitre suivant.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Nous diviserons ce chapitre en trois parties. Dans un premier paragraphe, nous rechercherons les caractères extérieurs des kystes séreux, leur aspect macroscopique et les rapports qu'ils affectent avec les organes voisins.

Une deuxième partie sera consacrée à l'étude de la substance pancréatique dégénérée. Enfin, en dernier lieu, nous étudierons le contenu des kystes.

I. — *Caractères macroscopiques.* — Les kystes pancréatiques se présentent à l'autopsie sous deux aspects différents, suivant qu'ils sont *uniloculaires* ou *multiloculaires*. Les kystes séreux uniloculaires paraissent plus rares que les autres. Lorsqu'ils existent, ils sont ordinairement volumineux et peuvent acquérir la grosseur d'une tête de fœtus de neuf mois (Le Dentu, Gross). On se trouve alors en présence d'une tumeur arrondie, lisse, à parois membraneuses, fermes et résistantes (Le Dentu, Gross, Goodmann), au travers desquelles il est possible de percevoir de la fluctuation. A l'intérieur de ces grandes cavités, les parois sont tantôt lisses, tantôt entrecoupées par des brides fibreuses, ou bien revêtent un aspect grenu de coloration rosée (Le Dentu).

Les kystes multiloculaires qui semblent se rencontrer plus fréquemment que les précédents, ont un aspect tout différent. Nos observations I et II en sont de beaux exemples.

Le pancréas est gros, irrégulier, bosselé ; l'ensemble de la tumeur peut acquérir le volume des deux poings. Les plus gros kystes qui entrent dans la composition de ces tumeurs atteignent ordinairement la grosseur d'un œuf de poule, les plus petits sont moins gros qu'un pois. Tous les intermédiaires se rencontrent. La face interne des plus grandes cavités est le plus souvent lisse ; celle des petites peut présenter des brides et des cloisonnements incomplets. Thiroloix et du Pasquier signalent, entre les kystes, une transformation du parenchyme en tissu spongieux et résistant.

Que les kystes soient muloculaires ou multiloculaires, ils s'accompagnent fréquemment d'une dégénérescence graisseuse des plus manifestes (Hagenbach, Thiroloix et du Pasquier, Lediberder).

Nous n'avons trouvé que trois observations faisant mention de l'état des ganglions lymphatiques de la région. Dans deux de ces cas (Obs. I et II), ils ont été trouvés sains ; dans le troisième (Obs. IV), ils étaient hypertrophiés.

Le plus souvent, les kystes ne contractent pas d'adhérences avec les organes voisins. Cependant, dans le cas de Gross (Obs IX), la tumeur adhérait au foie, et, dans celui de Janeway (Obs X), au colon transverse et au duod énum.

II. — *Etude de la Substance pancréatique dégénérée.* —

MM. Cornil et Ranvier (1) ont trouvé, dans un cas de kyste par rétention, le tissu sécrétoire du pancréas remplacé par du tissu cellulo-adipeux. « Au microscope, disent ces auteurs, on reconnaissait seulement dans les cloisons fibreuses de ce tissu, les petits canaux excréteurs non altérés et munis de leurs cellules épithéliales cubiques. »

« Nous devons rapprocher de ce cas l'examen histologique de notre observation II, dans lequel « les coupes faites au niveau des kystes de petites dimensions ont montré des travées conjonctives, formées surtout de tissu fibreux et tapissées par des cellules cubiques. » Ces cellules cubiques dépendent sans doute également de l'épithélium des petits conduits excréteurs. Mais c'est là pour ainsi dire le second degré de la transformation kystique.

Le premier stade de ce processus semblerait se montrer sur les coupes pratiquées par MM. Thirollox et du Pasquier au niveau des parties qui paraissaient saines, et où se voyait le début de la transformation kystique sous forme d'un stroma fibreux délicat. « Ces parties sont constituées par des cellules d'apparence embryonnaire, sphériques, avec un noyau peu apparent, très rapprochées les unes des autres, séparées par des rares tractus conjonctivo-vasculaires qui limitent de grands groupes qui sortent du champ du microscope. En certains points, ces petites cellules s'orientent de façon à limiter et à circonscrire de petits espaces circulaires... On voit peu à

1. *Histol. Path.*, 1884, II, 491.

peu ces cavités s'agrandir et se circonscire nettement. »

Nous citons cette partie de l'examen à titre de renseignement ; mais nous hésitons à en tirer des conclusions qui ne seraient peut-être que de simples hypothèses.

Plus nombreux et par conséquent plus concluants sont les examens microscopiques des kystes nettement constitués. Il résulte de ces examens que les productions morbides sont essentiellement formées par du tissu fibreux avec diminution très grande, raréfaction du réseau vasculaire, et que souvent, dans le voisinage des kystes, le tissu glandulaire a subi la dégénérescence graisseuse (Obs. II, VI, IX, XI, XVI).

Garrigues (1) a publié en 1882 une étude intéressante sur l'histologie des kystes du pancréas, à laquelle nous empruntons le passage suivant qui semble venir confirmer les conclusions de nos observations :

« Il s'agissait d'une tumeur monokystique, mais, en plusieurs endroits on apercevait des kystes secondaires aussi gros qu'un petit œuf de poule. La couleur extérieure était d'un gris légèrement bleuâtre ; l'intérieur était rouge sombre et par places d'un brun verdâtre. De grandes cloisons avec de larges trous divisaient l'intérieur de la cavité du kyste, comme des vestiges de parois séparant différents kystes. »

« Sur la surface interne, on trouva une ouverture de la grandeur d'un dollar conduisant dans un canal long de six pouces qui diminuait rapidement de calibre ; la

1. *The Medical Record, New-York*, 1882, 286 (Trad. de M. le Dr A. Saulay).

première moitié admettait le pouce, la seconde une sonde puis il se terminait dans la paroi du kyste... »

« La paroi du kyste principal était généralement mince et mesurait seulement deux ou trois millimètres. La paroi externe était lisse, dure et ce ne fut qu'avec difficulté que l'on put obtenir par le râclage quelques cellules plates de l'endothélium péritonéal. La surface interne, au contraire, était douce au toucher et, par le grattage, des morceaux d'épithélium étaient détachés : on pouvait alors observer des cellules longues, étroites et en colonne. Deux de ces cellules mesuraient 32 pouces de longueur et 8 pouces d'épaisseur. L'extrémité supérieure était arrondie, l'extrémité inférieure présentait un prolongement étroit dans le voisinage duquel s'observait un noyau. A la partie supérieure on voyait quelques petits granules graisseux. »

« Le grattage de l'ouverture du canal ci-dessus mentionné permit de constater seulement quelques corpuscules de Bennett pigmentés, des cellules épithéliales, modifiées, quelques globules de sang et quelques petites granulations. »

« Une parcelle enlevée de la surface intérieure d'un kyste secondaire permit de constater un bel épithélium polygonal régulier, exclusivement semblable à celui des kystes de l'ovaire... »

« La paroi est composée d'un tissu fibreux connectif qui, dans les parties les plus internes, contient de nombreuses cellules rondes, tandis que la partie moyenne en contient peu. »

« La surface interne nous montre la formation des

kystes secondaires... On peut voir d'abord combien il y a de dépressions profondes ou superficielles, séparées par des éminences légères ou élevées ; ensuite les bases deviennent profondes, les criques étroites, séparées par des promontoires plus amincis. Finalement l'ouverture externe est fermée par des cellules épithéliales et les prolongements du tissu cononctif se réunissent. »

En résumé, la principale modification subie par le pancréas kystique consiste en une prolifération du tissu fibreux, en une sclérose de la glande. Les parois des kystes, constituées par le tissu fibreux de nouvelle formation, peuvent présenter sur leur face externe quelques traces de l'épithélium péritonéal. La surface interne présente un épithélium de caractères variables (à cellules cylindriques, polygonales, cubiques, etc.).

III. — *Contenu des kystes.* — Le liquide contenu dans ces kystes peut se présenter sous plusieurs aspects. Dans l'observation de M. Cornil (Obs. I), il n'est pas identique dans les différentes cavités : dans les unes, c'est un liquide citrin, dans les autres une substance très épaisse et comme caséuse. Notre observation II présente la même particularité : le liquide varie, dans les différents kystes, depuis l'apparence claire et transparente, jusqu'à la teinte d'une infusion de café diluée. D'autres fois, il est séro-sanguinolent (Lediberder, Gross, Janeway, Zukowski). Il peut être épais, trouble, jaunâtre (Virchow, Goodmann). Souvent aussi c'est un liquide clair, transparent, séreux (Cruveilhier, Nichols, Schröder, Expér. de Thiroloix).

D'après les quelques cas où la densité a été notée, on

peut penser qu'elle est de 1002 à 1020 (Gould (1), Zukowski, Garrigues (2)).

L'examen microscopique y fait découvrir des globules rouges, des globules blancs, de la graisse et des débris épithéliaux.

Le liquide a toujours présenté une réaction alcaline, sauf dans le cas de Garrigues où il était acide : « Je ne puis expliquer, dit cet auteur, ce phénomène que par l'endosmose de l'estomac. »

La tumeur, en effet, avait des rapports intimes avec cet organe. Dans l'observation IV, où le liquide fut analysé par Barruel, il contenait du mucus, de la soude libre, du chlorure de sodium et du phosphate de chaux. Dans les observations XII et XIII, dues à Schröder, le liquide contenait du ferment diastasique. Cet auteur, ainsi que Zukowski, Virchow, Sharkey (3), a constaté la présence de cholestérine. Enfin, le plus souvent, le liquide kystique présente des traces d'albumine.

Outre le liquide, les kystes contiennent fréquemment des calculs. Virchow (Obs. VIII) a trouvé dans le canal pancréatique une concrétion blanchâtre de la grosseur d'un pois. Gross (Obs. IX) a signalé de nombreux calculs dont deux oblitéraient complètement le canal. Goodmann (Obs. XI) a rencontré, au niveau de l'union de la tête

1. *The Lancet*, London, 1891, II, 290 (trad. de M. Emile Delaroche).

2. *Op. cit.*

3. Soc. de clinique de Londres. *Reprod. in Semaine médicale*, 7 décembre 1892, p. 491. Il s'agit d'un kyste rempli d'un liquide riche en albumine et contenant des cristaux de cholestérine.

avec le corps de la glande, deux sacs ou poches renfermant une matière calculeuse. Enfin, dans le kyste expérimental obtenu par M. Thiroloix, il y avait une multitude de calculs de la grosseur d'une petite tête d'épingle, durs et irréguliers. L'auteur nous a dit les avoir fait analyser : ils étaient formés de carbonate de chaux.

IV

SYMPTOMATOLOGIE ET DIAGNOSTIC.

Si nous faisons abstraction des kystes pancréatiques volumineux, accessibles au palper et à la percussion, il faut bien reconnaître que, le plus souvent, l'affection kystique du pancréas présente un ensemble de symptômes au milieu desquels le clinicien éprouve un grand embarras à poser un diagnostic certain. Ces symptômes sont du reste à peu près les mêmes, pour toutes les affections pancréatiques et toutes également sont d'un diagnostic difficile. M. le professeur Jaccoud (1) explique ces difficultés de la façon suivante :

D'abord il est tout à fait rare que le pancréas soit altéré seul ; ses lésions coïncident avec des lésions de même ordre dans les organes voisins, de là un ensemble très complexe, dans lequel il est bien difficile de faire exactement la part qui incombe à chaque organe.

De plus, les fonctions du pancréas ne lui appartiennent point en propre et exclusivement ; par conséquent, elles peuvent être troublées sans que le pancréas soit altéré et le pancréas peut être altéré sans qu'elles soient troublées, grâce à l'intégrité des organes qui partagent avec lui les mêmes propriétés fonctionnelles.

1. Leçons de clinique médicale de la Pitié, 1884-85, leçons X et XI.

Les expériences des physiologistes faites dans ces dernières années, permettent pourtant aujourd'hui de rechercher avec plus de sûreté les signes propres aux lésions pancréatiques. Ces expériences sont basées sur la *destruction totale* de la glande ; voyons donc quels renseignements elles peuvent nous fournir.

La suppression de l'action du pancréas dans la digestion est-elle caractéristique ? Non, répond M. Jaccoud, car le pancréas saccharifie l'amidon qu'il transforme en dextrine, glycose et acide lactique ; mais il partage cette propriété avec la salive et avec le suc intestinal, notamment avec le suc des glandes de Brünner. La non-arrivée du suc pancréatique dans l'intestin n'engendre nullement la glycosurie.

Le pancréas peptonise les albuminoïdes, mais il partage cette propriété avec le suc gastrique et avec le suc intestinal. Toutefois, ainsi que l'a fait remarquer M. le professeur Sée, le liquide peptonisant n'étant plus en assez grande abondance après la suppression du pancréas, une partie des albuminoïdes se retrouvent dans les matières fécales.

Les graisses neutres, émulsionnées par le pancréas, le sont aussi par la bile et même par le suc intestinal (Steiner). Cependant, après suppression de la glande, elles sont moins modifiées et l'on observe des selles graisseuses.

Les selles graisseuses ont été produites pour la première fois par Claude Bernard à la suite d'injections diverses dans les canaux pancréatiques. Arnozan en donne la description suivante : la graisse dans les selles

peut se présenter sous plusieurs aspects ; tantôt elle forme de petites boulettes arrondies, reconnaissables à leur aspect onctueux, tantôt elle nage sous forme d'huile à la surface des selles, ou bien on la trouve figée autour des matières fécales durcies ; enfin elle peut être mélangée avec du sang, de la bile. Quelle que soit la forme sous laquelle elle entre dans les déjections, il se peut qu'elle soit difficile à reconnaître. Aussi, M. Bonamy, dans les cas douteux, où il est intéressant de savoir si la stéarrhée existe réellement, propose d'employer le procédé suivant : on recueille un peu de matière fécale qu'on agite dans de l'éther, on filtre, et s'il existe réellement de la graisse, après filtration et évaporation, le papier filtre est taché comme si on l'avait mis en contact avec de l'huile.

Dans certains cas, rares il est vrai, des *vomissements graisseux* viennent se joindre à la stéarrhée. Comme dans les selles, la graisse peut être isolée ou mélangée à des aliments non digérés. La salivation et les éructations accompagnées d'un liquide filant et salivaire sont pour Aran deux symptômes importants des affections du pancréas.

Les *urines graisseuses* ont été signalées par Clark et par Bowditch dans les cancers du pancréas. Nous n'avons jamais trouvé ce symptôme dans les différentes observations de kystes que nous avons consultées.

Ces trois grandes actions digestives du pancréas, sur les matières amylacées sur, les albuminoïdes, sur les graisses, étant entravées par une lésion de l'organe, il s'en suit un amaigrissement profond et rapide. Mais, pour

amener ce résultat, viennent s'adjoindre fréquemment deux autres symptômes fondamentaux : la glycosurie énorme et l'azoturie.

La glycosurie peut reconnaître une double pathogénie, l'altération intra ou extra-pancréatique des filets nerveux solaires, ou être d'origine cellulaire.

Les expériences de Klebs, Munk et Thiroloix mettent très bien en évidence la première de ces deux causes de glycosurie.

Klebs et Munk, expérimentant sur des chiens, ont constaté que l'extirpation même partielle des ganglions semi-lunaires est suivie d'une glycosurie, tantôt passagère, tantôt persistante. Ils concluent, à tort, de leurs expériences que le diabète, au cours d'une lésion pancréatique exprime non pas cette lésion même, mais l'altération secondaire fonctionnelle ou matérielle des ganglions et du plexus solaire.

Thiroloix a vu les sections de pancréas normaux ou scléreux consécutivement à des injections modificatrices, être suivies de glycosurie.

Ce même auteur, dans un mémoire récent (1), a montré d'une façon irréfutable la suppléance *digestive* des glandes duodénales vis-à-vis du pancréas, lorsque cet organe est soumis à une destruction lente. Voici du reste les conclusions de cette intéressante communication :

« Le pancréas possède une propriété spécifique, il règle la consommation du sucre (2). Réduit à une quantité

1. *Comptes-rendus de la Société de biologie*, 1892, 9^e série, IV, 303.

2. Les glandes n'exercent que d'une façon infime cette fonction.

pour ainsi dire négligeable (quelques centigrammes), il continue à exercer cette fonction capitale. Les effets de la suppression lente de cette fonction se traduisent d'abord par une glycosurie abondante lors de l'ingestion d'aliments amylacés, de glucose, puis nulle si l'animal est au régime carné ; lors de l'atrophie de la dernière parcelle glandulaire laissée en place, malgré le régime carné exclusif, la glycosurie s'accuse de plus en plus et reste à un taux élevé. Jamais elle n'est intermittente. Le diabète qui suit ces altérations revêt toujours une forme très lente, l'animal ne perd qu'insensiblement son poids. Si au contraire on pratique trop tôt l'arrachement de la glande sclérosée (premier ou deuxième mois), on obtient les mêmes résultats qu'avec l'ablation totale de la glande saine. »

« Le pancréas peut être parfaitement suppléé au point de vue digestif par les glandes intestinales, duodénales surtout (l'hypertrophie de cette portion de l'intestin ayant toujours été notée). C'est à cette suppléance digestive des glandes duodénales qu'est due la lenteur de l'évolution du diabète qui suit la disparition absolue de tout le parenchyme glandulaire sclérosé. »

« Le pancréas injecté, arrivé à un certain degré d'atrophie, ne subit plus de changements pendant des mois. On peut alors le séparer de ses connections vasculaires primitives, il n'en continue pas moins à exercer son action. »

A côté de la glycosurie névropathique extra ou intra-pancréatique il faut signaler la pigmentation cutanée. Ce symptôme a été observé pour la première fois par Aran.

Lawrence (1850), Gussenbauer (1887), Traube (1887) et Juergens (1888), ont rapporté des faits analogues. La pigmentation est imputable à l'affection du plexus solaire tout comme la mélanodermie d'Addison.

Quant à la glycosurie d'origine cellulaire pancréatique, elle semble aujourd'hui solidement établie par les belles recherches de MM. Lépine, Hédon, Gley et Thioloix.

Le pancréas se comporte comme une glande qu'avec Brown-Séquard on peut appeler glande à sécrétion interne. Les veines lui servant de canaux excréteurs, elle verse dans le torrent circulatoire des produits qui assurent et ménagent la consommation du sucre dans l'organisme.

En résumé, lorsque différents symptômes feront soupçonner l'existence d'un kyste ou de plusieurs kystes du pancréas et que de plus on verra apparaître la *glycosurie*, on pourra affirmer presque à coup sûr, en se basant sur les magnifiques travaux que nous venons d'analyser, que non seulement il y a lésion pancréatique, mais encore que le processus morbide a détruit la *totalité de la glande* (Obs. VII).

A côté des symptômes précédents, il faut mentionner les phénomènes de compression sur les organes voisins.

La gêne apportée à la circulation veineuse ne s'observe que dans les kystes de grandes dimensions ; ce n'est guère en effet que dans ces cas qu'on a observé de l'ascite.

Par contre, l'*ictère* est assez fréquent, ce qui s'explique facilement par les rapports anatomiques de la tête du pancréas et du canal de Wirsung avec le canal cholédoque. M. le professeur Straus, ainsi que MM. Bard et

Pic, ont insisté d'une manière toute spéciale sur la grande valeur du symptôme ictère dans le diagnostic des tumeurs du pancréas,

Dans *l'ictère pancréatique*, le foie est absolument normal comme volume, jamais il ne dépasse le rebord des fausses côtes et la vésicule biliaire qui reçoit le trop plein de la bile ne pouvant plus s'écouler dans le duodénum, se distend progressivement et arrive à former, au niveau du bord externe du muscle droit, une tumeur énorme, dépassant souvent la grosseur du poing, pleine de liquide et donnant à la palpation une sensation précise de fluctuation.

La marche de l'ictère pancréatique est lente et progressive. On ne signale pas d'augmentation de la température.

Les kystes séreux peuvent atteindre un volume considérable, celui d'une tête de fœtus ou même d'un adulte ; mais il faut avouer que c'est l'exception. On peut dire qu'ils forment rarement une tumeur reconnaissable pendant la vie par la palpation ou la percussion.

S'ils sont volumineux, il faudra en rechercher le siège et déterminer tout d'abord si l'on est en présence d'une tumeur pariétale ou cavitaire.

Nous résumerons ici les signes mentionnés par M. J. Boeckel (1).

Pour éliminer les tumeurs de la paroi, la palpation suffit le plus souvent. Plusieurs artifices permettent aussi d'acquérir à cet égard une certitude plus grande. Si la

1. *Op. cit.*

tumeur, mobile dans le relâchement, devient fixe quand le malade contracte ses muscles droits, c'est qu'elle est développée dans la paroi.

Les néoplasmes pariétaux une fois éliminés, il s'agit de reconnaître à quel organe appartient la tumeur qu'on a sous les yeux. Or, la plupart des viscères de l'abdomen sont contenus dans la cavité péritonéale proprement dite, d'autres sont situés en dehors de cette cavité. Il faudra d'abord déterminer ce premier point.

Les signes qui permettent cette distinction ont été établis par M. le professeur Tillaux dans une leçon clinique (2). Lorsque la tumeur se développe dans l'espace sous-péritonéal, soit au niveau des reins, du pancréas ou du mésentère, elle refoule l'intestin au devant d'elle; par conséquent, toutes les fois qu'une anse intestinale sera interposée entre une tumeur et la paroi abdominale, il faudra penser que cette tumeur a pour point de départ l'espace sous ou rétro-péritonéal.

Si la tumeur siège dans le mésentère, que ce soit un kyste, un lipome, un fibrome, etc., elle sera médiane, facilement déplaçable de droite à gauche et réciproquement, car la base du mésentère lui forme un large pédicule.

Si la tumeur siège dans l'un des reins, elle n'est pas médiane.

Si un kyste s'est développé dans le pancréas, il sera médian comme ceux du mésentère, mais n'aura pas le même degré de mobilité. Cette faible mobilité des kystes

1. *Gazette des hôpitaux*, 1886, p. 758.

pancréatiques, est notée dans beaucoup d'observations ; cependant elle peut acquérir, dans certains cas, plus d'ampleur et induire en erreur. On pourra alors avoir recours au son hydro-aérique signalé par M. le professeur Le Dentu et dû à la présence de l'estomac en avant de la tumeur.

Cette tumeur est arrondie, quelquefois bosselée, rénitente, parfois soulevée par les battements de l'aorte, le plus souvent fluctuante, indolente même à la pression, à moins de complications spontanées, ou provoquées par un traumatisme. Cependant, dans l'observation de Nichols (Obs. VII) le malade éprouvait depuis vingt ans des douleurs aiguës et périodiques à l'épigastre. Cet auteur signale également dans les deux pieds de son malade des démangeaisons intenses qui diminuaient à l'arrivée des douleurs.

Un exposé complet du diagnostic des kystes pancréatiques n'est certes pas chose facile. Les symptômes sont nombreux mais malheureusement peu concluants. Nous nous bornerons donc à résumer brièvement les principaux signes qui pourraient conduire à ce diagnostic :

1° Les affections du pancréas, en général, seront surtout reconnues grâce à la présence des selles graisseuses, de la glycosurie, de l'ictère pancréatique avec ses caractères spéciaux.

2° Les kystes ne présentent guère de caractères propres et ne peuvent être diagnostiqués le plus souvent que lorsqu'ils sont volumineux et par conséquent accessibles à la percussion et à la palpation ;

3° Quant aux kystes séreux, en particulier, il serait dif-

ficile de leur attribuer des signes pathognomoniques absolument certains. Ils constituent une rareté pathologique des plus curieuses, mais que les opérations chirurgicales et surtout les autopsies permettent seules de constater.

CONCLUSIONS

I. — Les kystes séreux du pancréas constituent une affection rare.

II. — Toutes les causes d'oblitération du canal de Wirsung, de ses ramifications ou des orifices acineux peuvent être l'origine d'une production kystique. Ces kystes peuvent être provoqués expérimentalement sur les animaux.

III. — Les kystes sont uniloculaires ou multiloculaires. Les premiers se présentent sous forme de tumeurs bosselées et irrégulières, les seconds ont un aspect lisse, arrondi, régulier.

IV. — La plupart de ces poches kystiques sont constituées histologiquement par du tissu fibreux avec atrophie du réseau vasculaire et dégénérescence graisseuse de l'organe.

V. — Leur contenu consiste en un liquide séreux, clair, transparent. Ce liquide peut subir des modifications et présenter particulièrement une teinte séro-sanguinolente. Sa réaction est alcaline. La présence de calculs dans les kystes est fréquente.

VI. — Le diagnostic est des plus difficiles, souvent impossible.

VII. — Le traitement médical est nul. Le traitement chirurgical a été pratiqué avec succès dans le cas de kystes volumineux.

Vu : le Président de thèse.
CORNIL.

Vu : le Doyen,
BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Ancelet.** — Etude sur les maladies du pancréas. Paris, Savy, 1864.
- Anger** (Th.), — Kyste sanguin du pancréas. Bull. Soc. Anatom., 1865, T. X, p. 192, suivi d'un rapport sur le même cas par M. Le Dentu.
- Annandale.** — Brit. med. j., 1889.
- Arnozan** (X.). — Dict. Encyclopédique des sc. med., 2^e s., T. XX, p. 172.
- Baudach.** — Ueber angioma myxomatosum des pankreas; ein Beitrag zur casuistik der Pankreascysten (Dissert. inaug. Fribourg, 1885).
- Bécourt** (P.-J.-G.). — Recherches sur le pancréas, ses fonctions et ses altérations organiques. Th. Strasbourg, 1830.
- Besson** (M.). — De quelques faits pathologiques pour servir à l'étude du pancréas. Th. Paris, 1864.
- Bigsby.** — Symptomatologie des maladies du pancréas; Edimb. med. and Surg. j., 1835. — Extraits in Archives Générales de médecine, 2^e série, IX, 358, 1835.
- Bœckel** (J.). — Etude sur les kystes pancréatiques. Gazette médicale de Strasbourg, 1890 et 1891.
- Bonamy.** — Etude sur les tumeurs du pancréas. Th. Paris, 1879.
- Bozeman** (N.). — The medical record, New-York, 1882, XXI, 46.
- Bright.** — London medico-chirurgical transactions. T. XVIII, reprod. in Archives gén. de méd., 2^e série, T. IV, p. 482, 1834.
- Chambon de Montaux.** — Observationes clinicæ, Obs. LV, p. 99, édit. de 1789.

Cornil. — Kystes multiples du pancréas. Bull. soc. anat., 1863, p. 584.

Cornil et Ranvier. — Manuel d'histologie pathologique, 1884, II, 491.

Cruveilhier. — 1^o Essai sur l'anatomie pathologique en général, 1816, I, 286. — 2^o Traité d'anatomie pathologique générale, III, 365. — 3^o Bulletins Société anatomique, 1833, VIII, 31.

Dixon (G. A.). — Cystic degeneration of the pancreas, The medical Record, New-York 1884, XXV, 304.

Engel. — Medic. Jahrbücher des österreichischen Staates, XXIII, 418.

Fauconneau-Dufresne. — 1^o Union Médicale 1847, p. 6. — 2^o Précis des maladies du foie et du pancréas, Paris, 1856.

Fenger. — A case of traumatic cyst of the pancreas; Chicago med. journal and exam. 1888.

Frerichs (Th.). — Traité des maladies du foie, traduction française, par L. Dumenil et Pellagot, 3^e édition. Paris, 1877, p. 147.

Garrigues (H. J.). — The anatomy and the histology of cyst of the pancreas. The medical rec. New-York, 1882, XXI, 286.

Goodmann. — Philad. Med. Times, 22 juin 1878.

Gould. — Two cases of cyst of the pancreas; operation. The Lancet. London 1891, II, 290-292.

Gross. — Anatomical Musæum of the Boston Soc. for med. improvement, 1847, p. 174. — Reprod. in Arch. gén. de méd. 4^e série, T. IX, p. 215.

Gussenbauer. — Compte-rendu du 12^e Congrès de la Société allemande de Chirurgie et Prager med. Woch. 1891, XVI, 367-377.

Hagenbach. — Ueber congeniciste Pankreaskrankheiten und deren Behandlung. Dissert. inaug. Bâle, 1887.

Hann. — Ein Fall von Pankreascyste. Centralblatt für Chirurgie, 1886, n^o 2.

- Janeway** (E. G.). — Cystic degeneration of the pancreas. New-York medical journ., 1878, XXVII, 723.
- Kühnast**. — Ueber Pancreascysten, Dissert. inaug. Breslau, 1887.
- Kulenkampf**. — Berliner Klin. Woch., 1882, n. 7.
- Küster**. — Zur diagnose und Therapie der Pancreascyste, Berl. Klin. Woch., 1887, p. 9.
- Lancereaux**. — Bullet. Acad. de Médecine, 1877, p. 1215.
- Lapierre**. — Sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas. Th. Paris, 1879.
- Lardy**. — Ueber pankreascysten, Correspond. für Schw. Aerzte, 1888, 1^{er} mai.
- Lebert**. — Traité d'anatomie pathologique. Paris, 1857, I.
- Le Dentu**. — Bullet. Soc. Anat., T. 40, 1865, p. 197.
- Lediberder**. — Pemphigus foliacé; dégénérescence fibro-kystique du pancréas. Bullet. Soc. Anat., 1867, p. 581.
- Mollière** (Humbert). — Article Pancréas. Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie. T. 25. Paris, 1879.
- Mondière**. — Archives générales de Médecine, 1836, XI, 192.
- Monneret**. — Compendium de Médecine, Art. Pancréas, VI, 292.
- Morgagni**. — De sedibus et causis morborum, 1767, T. IV, épistola 68, art. 12, p. 337.
- Moyse**. — Etude historique et critique sur les fonctions et les maladies du pancréas. Th., Paris, 1852.
- Nichols**. — A case of cyst of the pancréas, New-York méd. journal. 1888, T. 47, p. 575.
- Parsons** (Joshua). — Case of pancreat. cyst., Brit. méd. journal, 1857, p. 475. Reprod. in Gazette médicale, 1858, p. 596.
- Péan** (J.). — Diagnostic et traitement des tumeurs de l'abdomen. Paris, 1880, I, 1080.
- Riedel**. — 14^e congrès de la société allemande de chirurgie.
- Riegner**. — Diagnostic et traitement opératoire des kystes du pancréas. Berliner Klinische Wochenschrift, 1890, n. 42, p. 957.
- Roux** (J.-B.). — Etude anatomo-pathologique et clinique du cancer et des kystes du pancréas. Th. Paris, 1891.

- Salzer (F.).** — Zur diagnostic der Pancreascyste, Prager Zeitschrift für Heilkunde, 1886, n. 1.
- Savill (T.).** Case of spontaneum rupture of a pancreatic cyst. The Lancet, London, 1891, II, 666.
- Schröder.** — Contribution au diagnostic et au traitement des kystes du pancréas. Dissert. inaug. Breslau, 1892. Compte-rendu in Arch. gén. de méd., 1892, p. 611.
- Segré (R.).** — Studio clinico sui tumori del pancreas, in Annali universali di medicina e chirurgica. Milano, 1888. T. 283, p. 28.
- Sharkey.** — Société de clinique de Londres et Semaine Médicale, 1892, p. 491.
- Steele (D. A. K.).** — Cyst of the pancreas with report of a case, Chicago, med. j. and exam., 1888, LVI, 205-209.
- Subolic.** — Ein operirter Fall von Pancreascyste. Wienn. med. Zeit., 1887, n. 23 et 24.
- Thiersch.** — Berl. Klin. Woch., 1881, n. 40.
- Thirolloix (J.).** — Le diabète pancréatique, th. Paris, 1892.
- Thirolloix (J.) et Du Pasquier.** — Pancréas kystique. Bull. soc. anat., 1892, p. 310.
- Virchow.** — Archiv. für pathologische anatomie, 1864, XXX, 360.
— Ueber Ranula pancreatica. Berl. Klin. Woch., 1887, p. 248.
- Walker.** — Rare cystic degeneration of the pancreas. Transact. New-York, path. soc., 1879, III, 85.
- Wölfler.** — Zur diagnose und therapie der Pankreascysten. Prager Zeitschr. für Heilkunde, 1888, IX, 119, avec planche.
- Zeemann et Oser.** — Autopsie d'une femme atteinte de kyste pancréatique. Prager Zeitschrift für Heilkunde, 1880.
- Zukowski.** — Pankreascyste, laparotomie, Tod; Prager Vierteljahrsschrift, 1886, n. 1.

